

Protocolo clínico nº16 ABM: Amamantado al bebé hipotónico

JENNIFER THOMAS, KATHLEEN A.
MARINELLI, MARGARET HENNESSY,
And THE ACADEMY OF
BREASTFEEDING MEDICINE
PROTOCOL COMMITTEE

Un objetivo central de la Academia Médica de Lactancia Materna es el desarrollo de protocolos clínicos para el manejo común de problemas médicos que pueden tener impacto en el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven únicamente como guías para la protección de las madres lactantes y sus bebés y no indican un único camino para el tratamiento ni sirven de estándares para los cuidados médicos. Las variaciones en el tratamiento pueden ser apropiadas según las necesidades de cada paciente individual

OBJETIVO

PROMOVER, APOYAR Y MANTENER la lactancia materna en bebés con hipotonía

DEFINICIÓN

Hipotonía: Condición de reducido tono muscular, también se suele referir como "síndrome del bebé hipotónico" y puede ocurrir con o sin debilidad muscular.

Hay diversas causas que incluyen anomalías en el sistema nervioso central o periférico, conexiones o desórdenes musculares, metabólicos, endocrinos o nutricionales; enfermedades del tejido conectivo; y anomalías cromosómicas. La hipoxia perinatal, la parálisis cerebral hipotónica, y otras deficiencias mentales no especificadas pueden producir hipotonía central. Hay también una condición referida como Hipotonía congénita benigna, que se diagnostica por exclusión y mejora o desaparece totalmente con el tiempo.¹

Los bebés prematuros también tendrán una hipotonía asociada a su edad. Suelen tener

problemas de alimentación que son el resultado de un control anormal o subdesarrollado de las estructuras oro faríngeas, contribuyendo a una descoordinación y/o succión débil.

ANTECEDENTES

Una de las causas más comunes de la hipotonía que podemos utilizar como ejemplo es el síndrome de Down. El síndrome de Down es un desorden genético causado por la trisomía del cromosoma 21 y causando hipotonía en más del 90% de los casos.

Está asociado con problemas orales que incluyen maloclusión y boca pequeña con una lengua larga y protuberante, que cuando se junta con la hipotonía, da como resultado una dificultad en la alimentación significativa en algunos de estos niños, aunque no en todos.²

La Academia Médica de Lactancia Materna, la Academia Americana de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones internacionales han recomendado que todos los niños deberían ser amamantados, salvo que haya alguna contraindicación médica.³ Es particularmente importante que los bebés con síndrome de Down y otros bebés hipotónicos sean amamantados para disminuir el riesgo de morbilidades asociado con la lactancia artificial, muchas de las cuales en ellos, tienen un riesgo mayor debido a su condición. Por ejemplo, los bebés con síndrome de Down además de poseer anomalías orales y maloclusión, también tienen retraso en el desarrollo y son más susceptibles de padecer infecciones de oído, respiratorias y de otro tipo y tienen una incidencia más alta de otras anomalías congénitas como malformaciones de corazón y gastrointestinales.

Observando los efectos de la lactancia sobre estos problemas en una población sana, aproximadamente el 44% de la maloclusión dental puede ser atribuida a la falta de lactancia o la escasa duración de esta,⁴ lo que sugiere que la lactancia materna mejora la fuerza oral, un beneficio potencial para los

niños con síndrome de Down y otras causas de hipotonía.²

La lactancia materna ayuda a tener una boca y coordinación de la lengua normal. Así mismo se ha visto que protege de las infecciones respiratorias y de oído.⁴⁻⁸

Los estudios también indican que la lactancia materna da un ventaja neurocognitiva positiva,⁹⁻¹² que es más pronunciada en los bebés con bajo peso al nacer y menor edad ¹³⁻¹⁷ quienes pueden tener hasta ocho puntos más en los test de inteligencia que sus homólogos alimentados con fórmula.

Como los bebés hipotónicos pueden tener otros desórdenes asociados con la discapacidad neurológica, el beneficio de la leche humana podría marcar la diferencia a largo plazo. Los niños con enfermedades cardíacas congénitas que han sido amamantado han crecido mejor, han tenido estancias menores en el hospital y saturaciones de oxígeno más altas que bebés que han sido alimentados con fórmula.¹⁸ Otra vez esto puede ser un beneficio potencial para los bebés hipotónicos con enfermedad cardíaca, algo que se ve en una proporción significativa de bebés con síndrome de Down.

Aunque no se ha estudiado específicamente a los niños con síndrome de Down y otras formas de hipotonía, basados en la abundancia de información disponible sobre la población en general, podría esperarse un beneficio del amamantamiento y/o la leche extraída.

Algunas madres de niños con síndrome de Down expresan su miedo en el momento del diagnóstico. Algunas se sienten "impotentes"¹⁹ o frustradas pensando en que no van a ser capaces de amamantar.²⁰ La capacidad de amamantar a estos bebés puede empoderar a estas madres

Los retos para amamantar a un bebé hipotónico existen, pero muchos pueden alimentarse al pecho con éxito. No hay evidencia de que los bebés con síndrome de Down u otros bebés hipotónicos se alimenten mejor con biberón que al pecho.²¹ No hay evidencia que sugiera que estos bebés tengan que ser alimentados con biberón antes de colocarlos al pecho.¹⁶

La lactancia debería de ser promocionada y mantenida en estos bebés.

Se ha documentado que la conducta de la succión, específicamente en bebés con síndrome de Down, es menos eficiente que en los bebés normales a término con muchos de los parámetros afectados incluyendo la presión de la succión, frecuencia y duración, y también la deficiencia en el movimiento peristáltico suave y eficaz de la lengua.²²

Cuando se hace un seguimiento longitudinal durante el primer año, la presión de succión se incrementó significativamente a los 4 meses y de nuevo a los 8 meses. La frecuencia se incrementó en el cuarto mes. La duración no se incrementó en este tiempo y el peristaltismo sólo se normalizó en una minoría de los bebés que fueron estudiados a los 8 meses. No obstante, el resultado general fue la mejora en la eficiencia de succión durante el primer año. Las madres tendieron a decir que los problemas de succión mejoraron sustancialmente entre los 3 y los 4 meses.

Entender estos tiempos permite a los profesionales de la salud ayudar de forma efectiva a estas madres y bebés a mejorar sus habilidades de lactancia, y conseguir y mantener un suministro de leche suficiente que les permita continuar amamantando con éxito, incluso cuando se encuentren dificultades significativas al principio.

PROCEDIMIENTOS

Educación

1. Todas las madres deberían ser educadas en los beneficios de la lactancia materna para ellas y sus hijos. Un porcentaje significativo de bebés hipotónicos pueden mamar sin dificultad.
2. A todos los bebés se les debe hacer un seguimiento antes y después del alta para evaluar sus posibles necesidades.

Facilitación y evaluación de las tomas al pecho en el postparto inmediato.

1. La primera toma debería de iniciarse tan pronto como el bebé se encuentre estable. No hay razón para que esto no ocurra en la sala de partos si el bebé está físicamente estable.

2. El cuidado método canguro (piel con piel) debe ser fuertemente recomendado. Si el bebé no se alimenta bien, tocarle puede ser estimulante para facilitar el despertar al bebé para las tomas.

También se ha visto que el contacto piel con piel ayuda a aumentar el suministro de leche de la madre,²³ y mejorar el vínculo lo que es muy importante para estas familias

3. Evaluar la habilidad del bebé para agarrarse, la succión y la transferencia de la leche. Esta evaluación debería de ser realizada por personal especializado formado en la evaluación y manejo de la lactancia materna

4. El contacto piel con piel facilita los acercamientos frecuentes al pecho. Para esos acercamientos se debería prestar una particular atención en dar un buen soporte para la cabeza y el cuerpo, ya que el bebé necesita centrar todo su esfuerzo en la succión y no en estabilizar su cuerpo. El uso de un cargador de frente o almohadas para sujetar al bebé en una posición flexionada permite a la madre usar sus manos para sujetar su pecho y la mandíbula del bebé a la vez.

5. La posición Dancer (ver Fig. 1) puede ser de utilidad para la madre porque sujeta su pecho y la barbilla y mandíbula del bebé mientras mama. Esto incluye sujetar su pecho con la palma de la mano (sujetarlos desde la parte baja), con sus dedos corazón, anular y meñique (el tercer, cuarto y quinto dedo) curvados hacia el lado de su pecho sujetándolo mientras que deja que la barbilla repose en el espacio entre el pulgar y el índice (ver Fig. 1). El pulgar y el índice pueden dar una suave presión al músculo masetero, que puede estabilizar la mandíbula.^{24,25} Además, sujetar la al mandíbula un poco hacia adelante puede hacer que el bebé agarre mejor el pecho para sellarlo.

La otra mano está libre para sujetar el cuello y los hombros del bebé.

6. Hay otras estrategias para ayudar a que el bebé se agarre y tome leche que también pueden ser efectivas.

Algunas madres facilitan la transferencia de la leche utilizando la compresión con la mano. En vez de colocar el dedo pulgar y el

índice en la mandíbula del bebé para conseguir sujeción (posición Dancer), los dedos se mantienen próximos a la areola y la leche es extraída directamente a la boca del bebé mientras este succiona. Una pezonera fina de silicona puede ser útil si la producción es buena (500 ml /día) y las madres aprenden a mantener el área donde el bebé chupa lleno de leche al sincronizar la lactancia con la compresión del pecho o utilizan un suplementador a la vez dentro de la pezonera.²⁶ Si la madre conoce estas técnicas, ayudas e ideas, ella tiene el poder para experimentar y descubrir lo que mejor va a funcionar con las necesidades individuales de su bebé.

7. La madre y la familia que le está apoyando debería de ser informada de que, durante las primeras semanas, será necesario más tiempo para completar las tomas. También deberían de saber que las tomas irán mejorando durante las semanas y los meses



FIG. 1. Posición Dancer. (Fotografía original de autor (JT) utilizada con permiso.)

8. El personal especializado debe reevaluar al bebé frecuentemente (mínimo una vez cada 8 horas) porque estos bebés deben de ser considerados de alto riesgo (de lactancia materna), de forma similar que los bebés nacidos no totalmente a término, en las semanas 35-37 (ver el protocolo n° 10 de la ABM Amamantar a un bebé nacido no totalmente a término: semanas 35-37).²⁷

Animar a amamantar frecuentemente al niño ya que la habilidad para aguantar la succión puede estar debilitada. Los bebés deberían de ir al pecho lo más frecuentemente posible, por los menos de 8 a 12 veces en un periodo de 24 horas. Periodos prolongados de contacto piel con

piel facilitarán los acercamientos frecuentes al pecho. Las evaluaciones deberían de incluir el estado de hidratación e ictericia, como posibles complicaciones por la ingesta insuficiente.

9. Una vez que comienza a subir la leche, pesar al bebé antes y después de la toma con un peso digital apropiado puede ser una opción para comprobar que haya una transferencia de leche adecuada. Los bebés son pesados justo antes de la toma en una báscula electrónica con una tolerancia de 5gr., y pesados inmediatamente después de la toma con el mismo pañal, ropas, mantas

, etc. que se utilizaron en la primera pesada. La ganancia de peso indica el consumo, 1gr - 1 ml. Los bebés a término con síndrome de Down ganan peso más lentamente que los bebés normales,²⁸ y esto debe de ser tenido en consideración durante las primeras semanas o meses. Se pueden encontrar estándares de crecimiento específicos para síndrome de Down en

<http://www.growthcharts.com/charts/DS/charts.htm> (Última actualización 21 de enero del 2007).

10. Considerar modos alternativos de alimentación si el bebé es incapaz de mamar o no succiona adecuadamente, incluyendo el uso de un vasito,²⁹ una cucharita, o un biberón con una base ancha de silicona. El uso de un suplementador (sin una pezonera—Sección B6) puede no ser tan útil ya que funciona mejor con un bebé que tiene un buen agarre, y la falta de agarre es uno de los problemas significantes de los niños hipotónicos.

11. Si la suplementación es necesaria, puede encontrar información en el protocolo de la ABM n°3 (Guías hospitalarias para el uso de la alimentación Suplementaria en Bebés Amamantado Sanos a Término) .³⁰

Si el bebé intenta succionar, después de cada sesión de lactancia extraerse leche materna (ver abajo) y ofrecer esa leche extraída con cucharilla o vasito, proporciona una mayor estimulación al pecho y mayor leche al bebé.

Medidas preventivas para proteger la producción de leche

1. Si el bebé es incapaz de amamantar con éxito, o si la madre y el bebé están separados (ej. unidad de cuidado intensivo neonatal) la lactancia debe iniciarse y mantenerse a través de la extracción eléctrica o manual. El anticipar las dificultades iniciales en los bebés hipotónicos, probablemente estará relacionado con la extracción efectiva y suficiente de leche, , la producción insuficiente puede prevenirse animando a las madres a extraerse leche en cuanto nazca el bebé, idealmente antes de las dos horas (en madres con niños prematuros se recomienda de seguro antes de las 6 primeras horas),³¹ y aproximadamente cada tres horas a partir de entonces. El objetivo es extraerse la leche por lo menos 8 veces en un periodo de 24 horas, imitando la estimulación de un bebé vigoroso nacido a término. Incluso si el bebé muestra alguna habilidad para ir al pecho, agarrarse y tomar leche, la madre probablemente necesitará extraerse la leche extra en las primeras semanas para aumentar y mantener un volumen de leche alto. Un buen volumen de leche ayudará a los bebés menos vigorosos.

2. La mayor parte de la investigación que se ha hecho sobre el inicio y el mantenimiento del volumen de leche con la extracción se ha hecho con madres de prematuros. El determinante más fuerte de la duración y la exclusividad de la lactancia materna en un bebé prematuro es el volumen producido por una madre con el extractor, mientras que la escasa producción de leche es la razón más común del cese de la lactancia en estos bebés.³²⁻³⁴ Cuando el bebé comienza a mejorar con la transferencia de la leche, desarrollando ritmos y mostrando señales desear iniciar y terminar la toma, la extracción puede estar dirigida por estos indicadores (ej., el pecho se exprime después de cada intento de agarrarse al pecho). Este patrón debería continuar hasta que la pareja lactante esté reunida y/o el bebé sea capaz de tener una lactancia materna exitosa. Es muy importante que las madres sean instruidas en una extracción efectiva, incluyendo el uso de un sacaleches eléctrico de tipo hospitalario y la extracción manual.

3. Extrapolando desde la investigación en pretérminos para tener de guía con el bebé hipotónico, la producción de 500ml/día es comúnmente citada como el volumen mínimo para un bebé prematuro de 1500 gramos para pasar de alimentación por sonda o biberón a una lactancia exclusiva al pecho.³⁵ Hasta que se realicen estudios sobre los bebés hipotónicos, este es el volumen mínimo para comenzar y puede ser ajustado en base a los cálculos de consumo necesario para el crecimiento

4. La extracción de los dos pechos de manera simultánea con un sacaleches de tipo hospitalario se ha visto más efectiva que la extracción de un solo pecho. Estudios recientes sugieren que la ayuda manual en la extracción con un sacaleches eléctrico mejora un vaciado efectivo en las mujeres que dependen del extractor

En contraste con la práctica habitual de la extracción eléctrica, las técnicas manuales, utilizadas junto con el sacaleches, ayudan a las madres a vaciarse mejor utilizando sus manos para una comprensión mamaria, masaje y expresión.³⁶

5. Un informe diario de extracción y tomas, que ayudará a los profesionales de la salud a hacer un seguimiento del suministro de leche materna y a intervenir cuando sea necesario, puede ser simplemente un papel con columnas para la fecha, hora que se ha comenzado la extracción, hora que se ha terminado, cantidad de leche extraída y comentarios (como dónde se ha extraído, situaciones de stress fuera de lo común, etc.), o puede ser utilizado un modelo de cualquier web como: www.cpqcc.org/documents/498/download “Appendix 4- K1, 2, 3: “Examples of milk logs” (Última actualización 29 de agosto de 2011)

Al alta y en el periodo neonatal

1. Si el bebé permanece hospitalizado, el suministro de leche de la madre debería de ser revisado a diario incluyendo la frecuencia de las extracciones, la cantidad total de leche cada 24 horas, cualquier signo de molestia. Monitorizar la ganancia de peso del bebé y considerar suplementación si es necesario.

2. Informar a las madres que la eficiencia en la succión suele mejorar durante el primer año, de tal forma que la experiencia en lactancia podría "normalizarse" y podría no hacer falta seguir haciendo algunas intervenciones que hayan sido necesarias al principio, por ejemplo, suplementación, extracción, tomas más seguidas, etc.

3. Dar información sobre grupos de apoyo locales a la lactancia y al diagnóstico específico como familias con hijos con síndrome de Down.

El apoyo y el estímulo son particularmente importantes para estas madres y familias por la paciencia adicional que algunas veces es necesaria para amamantar a estos bebés.

4. El volumen de leche materna se ve afectado por la extracción inefectiva o infrecuente. Aunque el estrés, la fatiga y el dolor son citados frecuentemente como determinantes para la disminución del volumen de leche, recientemente la evidencia lo rebate.³⁷

De todas formas, es razonable animar a la madre a descansar y tomar analgésicos si son necesarios. Revisar y optimizar la frecuencia de extracción, horario y tipo de sacaleches utilizado si es necesario. Un diario de extracción (ver más arriba) puede ser útil.

5. Si la cantidad de leche materna no es igual o superior a las necesidades del bebé, o empieza a bajar aunque las extracciones sean óptimas, se puede considerar el uso de galactogogos para aumentar la producción. Ver protocolo nº 9 ABM (Uso de los galactogogos para la iniciación o aumento del volumen de leche materna).³⁸

6. En presencia de complicaciones cardíacas, gastrointestinales o renales significativas, algunas veces puede ser necesario aumentar la densidad calórica de la leche materna con lípidos, carbohidratos o proteínas. Si el volumen de leche de la madre es mayor que las necesidades del bebé, una prueba de la leche del final (más contenido en grasa y por tanto más calorías) por extracción de la primera leche antes de poner al bebé al pecho o, si se está suplementando, extrayendo una pequeña cantidad de la primera leche y luego en otro

recipiente extraerse el resto de la leche del final y darle al bebé esa leche.

Investigaciones adicionales

Este protocolo ha sido desarrollado por la Academia Médica de Lactancia para dar a los sanitarios una guía basada en la experta opinión de profesionales de la salud que han trabajado con estos niños. Hay poca evidencia científica sobre las que crear unas recomendaciones.

Las áreas específicas recomendadas para futuras investigaciones incluyen:

1. Se necesitan más estudios sobre los métodos para optimizar la succión de los bebés hipotónicos y la transferencia de la leche.
2. El uso de chupetes en bebés prematuros como una "práctica" oral de alimentación durante la alimentación por sonda ha ayudado a la transición al pecho y merece una evaluación en bebés hipotónicos.³⁹
3. Comparar la estabilidad autónoma entre bebés con síndrome de Down y con otras en otras etologías de hipotonía alimentados al pecho y con biberón pueden ser útiles.
4. Evaluación de la ganancia de peso de los bebés hipotónicos alimentados con lactancia materna frente a los bebés hipotónicos alimentados con fórmula una vez que la lactancia materna esté establecida.
5. Evaluación de los diferentes métodos para suplementar a los bebés hipotónicos (vasito, biberón, cucharita) para determinar la eficacia y la mejor práctica.
6. Factores modificables que pueden agravar o mejorar las dificultades con la lactancia en estos bebés, por ejemplo, analgesia/anestesia en el parto, contacto piel con piel, etc.

RECONOCIMIENTO

Este trabajo ha sido financiado en parte por una beca de la oficina de salud materno infantil, Departamento de salud y servicios humanos

REFERENCIAS

1. Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, et al., eds.(2003). Rudolph's Pediatrics. 21st ed. McGraw-Hill, New York.
2. Aumonier ME, Cunningham CC. Breast feeding in infants with Down's syndrome. *Child Care Health Dev* 1983;9:247-255.
3. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
4. Labbok M, Hendershot G. Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 child health supplement to the national health interview survey. *Am J Prev Med* 1987;3:227-232.
5. Saarinen UM. Prolonged breast feeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand* 1982;71:567-571.
6. Owen MJ, Baldwin CD, Swank PR, et al. Relation of infant feeding practices, cigarette smoke exposure, and group child care to the onset and duration of otitis media with effusion in the first two years of life. *J Pediatr* 1993;123:702-711.
7. Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: A birth cohort study. *Arch Dis Child* 2003;88:224-228.
8. Duncan B, Ey J, Holberg CJ. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993;91:867-872.
9. Aniansson G, Alm B, Andersson B, et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:183-188.
10. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-535.
11. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998; 101:E9.
12. Jacobson SW, Chiodo LM, Jacobson JL. Breastfeeding effects on intelligence quotient in 4- and 11-year-old children. *Pediatrics* 1999;103:E71.
13. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, et al. Beneficial effects of breastmilk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcomes of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006;118:e115-e123.
14. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002;287:2365-2371.
15. Rao MR, Hediger ML, Levine RJ, et al. Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatr* 2002;91: 267-274.
16. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70:525-535.
17. Slykerman RF, Thompson JM, Becroft DM, et al. Breastfeeding and intelligence of preschool children. *Acta Paediatr* 2005;94:832-837.

18. Marino BL, O'Brien P, LoRe H. Oxygen saturation during breast and bottle feeding in infants with congenital heart disease. *J Pediatr Nurs* 1995;10:360–364.
19. Skotko, B. Mothers of children with Down Syndrome reflect on their postnatal support. *Pediatrics* 2005;115:64–77.
20. Pisacane A, Toscano E, Pirri I, et al. Down syndrome and breastfeeding. *Acta Paediatr* 2003;92:1479–1481.
21. Lawrence R, Lawrence R. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. 6th ed. Mosby, St. Louis, 2005.
22. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants with Down's syndrome. *Acta Paediatr* 2001;90:1384–1388.
23. Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, et al. Skin to skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *J Perinatol* 1997;17:213–217.
24. McBride MC, Danner SC. Sucking disorders in neurologically impaired infants: assessment and facilitation of breastfeeding. *Clin Perinatol* 1987;14:109–130.
25. Danner, SC. Breastfeeding the neurologically impaired infant. *Perin Womens Health Nurs* 1992;3:640–646.
26. Meier PP, Brown LP, Hurst NM, et al. Nipple shields for preterm infants: Effects on milk transfer and duration of breastfeeding. *J Hum Lact* 2000;16:106–114.
27. Boies E, Vaucher Y, Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 10: Breastfeeding the near-term infant (35–37 weeks). 2004. Academy of Breastfeeding Medicine. Accessed January 21, 2007 from www.bfmed.org.
28. Cronk C, Crocker AC, Puessel SM. Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age. *Pediatrics* 1988;81:102–110.
29. Marinelli K, Burke G, Dodd V. A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350–355.
30. Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed infant. 2002. Academy of Breastfeeding Medicine. Accessed January 21, 2007 from www.bfmed.org.
31. Hill PD, Brown LP, Harker TL. Initiation and frequency of breast expression in breastfeeding mothers of LBW and VLBW infants. *Nurs Res* 1995;44:353–355.
32. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ. Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: Effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics* 2006;117:e67–e75.
33. Killersreiter B, Grimmer I, Buhner C, et al. Early cessation of breastmilk feedings in very low birth weight infants. *Early Hum Dev* 2001;60:193–205.
34. Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics* 2002;109:e57.
35. Meier PP. Supporting lactation in mothers with very low birth weight infants. *Pediatr Ann* 2003;32:317–325.
36. Jones E, Dimmock PW, Spencer SA. A randomized controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonat Ed* 2001;85:F91–F95.
37. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Psychological distress and milk volume in lactating mothers. *West J Nurs Res* 2005;27:676–693.
38. Montgomery A, Wight N, Protocol Committee Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol Number 9: Use of galactagogues in initiating or maintaining maternal milk supply. 2004. Academy of Breastfeeding Medicine. Accessed January 21, 2007 from www.bfmed.org.
39. McCain GC, Gartside PS, Greenberg JM, Lott JW. A feeding protocol for healthy preterm infants that shortens time to oral feeding. *J Pediatr* 2001;139: 374–379.

Contributors

*Jennifer Thomas, M.D. Department of Family Medicine and Pediatrics
Medical College of Wisconsin

Wheaton Franciscan Healthcare—All Saints Medical Group Racine, WI

*Kathleen A. Marinelli, M.D. Pediatrics,
University of Connecticut School of Medicine Connecticut Children's Medical Center Hartford, CT

Margaret Hennessy, M.D. Wheaton Franciscan Healthcare—All Saints Medical Group Racine, WI

Protocol Committee

Caroline J. Chantry M.D., Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH,

Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D.

Kathleen A. Marinelli, M.D., Co-Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

*Lead authors.

For reprint requests: abm@bfmed.org

TRADUCIDO POR AMAIA SARRIEGUI OÑATE
Y ADELINA GARCÍA ROLDÁN